

بررسی و مقایسه نارسایی‌های شناختی، نارسایی‌های حرکتی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی و اختلال دو قطبی

علیرضا نبی دوست^{۱*}، عباس ابوالقاسمی^۲، سعید پورعبدل^۳، سید جواد دربادل^۲

گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛ گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران؛ ^۳دانشجو، گروه

روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۳/۷/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۲/۷

چکیده:

زمینه و هدف: نارسایی‌های شناختی و حرکتی و کیفیت زندگی پایین، بیماران افسرده و دو قطبی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف این پژوهش، بررسی و مقایسه نارسایی‌های شناختی، نارسایی‌های حرکتی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی و اختلالات دو قطبی می‌باشد.

روش بررسی: در این پژوهش مقطعی (علی-مقایسه ای) ۶۰ نفر که اختلال افسردگی و اختلال دو قطبی در آن‌ها تشخیص داده شده بود (۳۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی و ۳۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی) به صورت نمونه‌گیری در دسترس از میان افراد مراجعه کننده به بخش روانی بیمارستان امام حسین (ع) شهر تهران در سال ۱۳۹۲ انتخاب شدند. ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه نارسایی‌های شناختی و آزمون دیداری-حرکتی بندر گشتالت و پرسشنامه کیفیت زندگی بود. داده‌ها با روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که میانگین نمرات نارسایی‌های شناختی در افراد مبتلا به افسردگی (۷۹/۹±۱۸/۷) از افراد مبتلا به اختلال دو قطبی (۶۷/۷±۲۱/۶) به‌طور معنی داری بیشتر است ($P<۰/۰۵$). با این حال، میانگین نمرات نارسایی‌های حرکتی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی و اختلال دو قطبی تفاوت معنی داری به دست نیامد ($P>۰/۰۵$). میانگین نمرات کیفیت زندگی در افراد مبتلا به دو قطبی (۷۸/۹±۱۴/۷) از افراد مبتلا به افسردگی (۶۱/۴±۱۱) به‌طور معنی داری بیشتر بود ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این پژوهش، توجه به اهمیت و نقش شناخت و بررسی نارسایی‌های شناختی، حرکتی و کیفیت زندگی می‌تواند به بهبود سلامت روان و کاهش خطاهای شناختی و بهبود کیفیت زندگی این بیماران منجر شود.

واژه‌های کلیدی: نارسایی‌های شناختی، نارسایی‌های حرکتی، کیفیت زندگی، اختلال افسردگی، اختلال دو قطبی.

مقدمه:

شواهد نشان می‌دهند که بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نقایص مستمری را در کارکردهای شناختی دارند (۵). این بیماران نارسایی‌های شناختی را نه تنها طی دوره‌های خلقی حاد (۶)، بلکه طی دوره سرخوشی نیز نشان می‌دهند (۷). استمرار نارسایی‌های شناختی طی دوره سرخوشی نشان می‌دهد که این نقایص باعث محدودیت در خلایق،

تحقیقات دو دهه اخیر به‌طور مشخصی، وجود نقایص کارکرد شناختی را در تعداد زیادی از بیمارانی که به طور متوسط دوره ای از افسردگی را داشته‌اند، اثبات کردند (۱-۳). افسردگی و نارسایی شناختی پیامدهای شدیدی به همراه دارند که شامل کاهش کیفیت زندگی، ضعف کارکردی، استفاده روزافزون از خدمات سلامتی و افزایش نرخ مرگ و میر است (۴).

کیفیت زندگی، کارکرد شغلی، عزت نفس و کارکردهای روانی- اجتماعی می شود (۸).

در پژوهش های معدودی، به طور مستقیم اختلال افسردگی و دو قطبی مقایسه شده اند که یافته های کلی نشان می دهد که حداقل در بعضی از تکالیف نورو سایکولوژی، نقایص اختلال دو قطبی آشکارتر از نقایص افسردگی است (۹). به طور مثال، در پژوهشی نقل شده است که آزمون هالستید- ریتان را روی بیماران دو قطبی و افسرده مورد آزمون قرار دادند و دریافتند که بیماران دو قطبی نسبت به بیماران افسرده اشتباهات بیشتری را در نقایص شناختی مرتکب می شوند؛ همچنین به نقل از پژوهش دیگری، بیماران افسرده و دو قطبی را با آزمون های یادگیری و سیالی کلامی مورد بررسی قرار دادند و آسیب های بیشتری را در بیماران دو قطبی در مقایسه با بیماران افسرده که از نظر سن و تحصیلات همتا شده بودند، گزارش کردند (۱۰). نارسایی های شناختی در اختلال دو قطبی در مقایسه با بیماران افسرده به ویژه در توجه و سرعت، شدت بیشتری دارد؛ بنابراین تفسیر کارکرد شناختی در بیماران افسرده باید با احتیاط انجام شود (۱۱).

نارسایی های حرکتی در اختلال افسردگی رایج است. کارکردهای حرکتی در اختلال افسردگی دچار نقص می شود (۱۲). پژوهشگران اخیراً گزارش کرده اند هم آیندی قابل ملاحظه ای بین اختلال افسردگی و بیماری پارکینسون این احتمال را افزایش می دهد که بعضی از کژ کاری های مشخصه بیماری پارکینسون می تواند در بیماری افسرده نیز نمایان شود (۱۳). پژوهش انجام شده بر روی بیماران پارکینسون نشان داده است که بین افسردگی و ناتوانی های حرکتی، همبستگی معنی داری وجود دارد (۱۴).

شواهد پژوهشی حاکی از این است که بیماران دو قطبی نسبت به افراد سالم، در وظایف بازداری، پاسخ های حرکتی ضعیفی نشان می دهند (۱۵). اختلال دو قطبی منجر به نارسایی حرکتی، شناختی و عاطفی مکرر می شود (۱۶).

در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلال افسردگی، بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی، کندی حرکتی بیشتری نشان (۱۷، ۱۸) و این تفاوت های روانی- حرکتی به طور عمده در بیماران بستری دیده می شود و ممکن است برای بیماران سرپایی که بیماری شان شدت کمتری دارد، مناسب نباشد. در پژوهشی، پژوهشگران به مقایسه چالاکی حرکتی در بیماران افسرده و دو قطبی پرداختند و نشان دادند که گرچه فعالیت های حرکتی در هر دوی این اختلالات آسیب می بیند؛ اما شدت آسیب در بیماران دو قطبی به طور معنی داری بیشتر از بیماران افسرده می باشد. تفاوت های کارکردی در بین بیماران افسرده و دو قطبی ممکن است زمینه های آسیب شناختی متفاوتی را در بین این دو گروه از بیماران نشان دهد (۱۹).

کیفیت زندگی مفهوم گسترده ای است که متأثر از سلامت شخصی، سطح مستقل وضعیت روانی، ارتباطات اجتماعی و محیطی و هر نوع عامل مؤثر روی رفاه و توانایی افراد در انجام فعالیت های روزانه است (۲۰). اختلالات افسردگی و دو قطبی منجر به ناتوانی می شوند. این اغلب با آسیب های گسترده در همه ابعاد کارکردی مرتبط است که شامل ارتباطات، اشتغال و اجتماع است. در پژوهشی به مقایسه آسیب های روانی- اجتماعی بین بیماران افسرده و دو قطبی پرداختند. نتایج پژوهش آن ها نشان داد، اختلال دو قطبی باعث آسیب های روانی- اجتماعی بیشتری نسبت به اختلال افسردگی می شود (۲۱). امروزه تنها پژوهش های اندکی ماهیت و گستردگی نقایص روانی- اجتماعی را در بیماران افسرده و دو قطبی مورد مطالعه قرار داده اند. پژوهش، نقایص روانی- اجتماعی مهمی را در بین بیماران افسرده و دو قطبی نشان می دهد (۲۱). مقایسه بین این دو اختلال منطقی به نظر می رسد، زیرا این مقایسه نشان می دهد که افسردگی، نشانه خلقی اصلی در اختلال دو قطبی است (۲۲). نتایج پژوهش نشان می دهد که بیماران دو قطبی آسیب در کار، روابط بین فردی و رضایت

از زندگی و آسیب های شدیدتر در ابعاد مختلف زندگی را نشان می دهند؛ همچنین آن ها آسیب های روانی- اجتماعی بیشتری را نسبت به بیماران افسرده نشان می دهند (۲۳)؛ همچنین نتایج معهود پژوهش های داخلی حاکی از آن است که نارسایی های شناختی در بیماران مبتلا به افسردگی به مراتب بیشتر است (۲۴). نتایج پژوهشی نشان داد که نارسایی های شناختی علاوه بر بیماران افسرده حتی در دانش آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری نیز به مراتب بیشتر است (۲۵)؛ همچنین در مطالعه ای که در خصوص کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و اختلال دو قطبی انجام شد، نتایج بیانگر آن بود که سطح کیفیت زندگی در برخی حیطه های خاص در گروه افسردگی اساسی در مرحله بهبودی نسبی کمتر از گروه شاهد و گروه با اختلال دو قطبی در مرحله بهبودی نسبی می باشد (۲۶). در پژوهشی دیگر مقایسه ی کیفیت زندگی در بیماران دو قطبی با افراد گروه شاهد، بیانگر وضعیت بدتر بیماران در مقایسه با گروه شاهد بود (۲۷).

از آنجایی که نارسایی های شناختی و حرکتی و کیفیت زندگی پایین، بیماران افسرده و دو قطبی را تحت تأثیر قرار می دهد و با توجه به نتایج پژوهش های متفاوت در این زمینه و تحقیقات بسیار اندک در زمینه مقایسه نارسایی های شناختی و حرکتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات افسردگی و دو قطبی، انجام این پژوهش ضروری است. هدف پژوهش حاضر، مقایسه نارسایی های شناختی و حرکتی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلالات افسردگی و دو قطبی می باشد.

روش بررسی:

این پژوهش مقطعی از نوع علی- مقایسه ای (Casual-Comparative) است که نارسایی های شناختی و حرکتی و کیفیت زندگی به عنوان متغیرهای وابسته در افراد مبتلا به اختلالات افسردگی

و دو قطبی مقایسه شدند. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مراجعه کننده به بخش روانی بیمارستان امام حسین (ع) شهر تهران در سال ۱۳۹۲ بودند که اختلال افسردگی و دو قطبی در آنان تشخیص داده شده و به صورت سرپایی در این بیمارستان مورد درمان قرار گرفته بودند، از بین آن ها ۶۰ نفر (۳۰ بیمار مبتلا به اختلالات افسردگی و ۳۰ نفر بیمار مبتلا به اختلالات دو قطبی) به شیوه همسازی بر اساس سن، جنس، وضعیت تأهل و تحصیلات به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.

پرسشنامه نارسایی های شناختی ۲۴ ماده دارد و آزمودنی به این ماده- ماده ها با یک مقیاس پنج درجه ای (از «هرگز» تا «همیشه») پاسخ می دهد. این پرسشنامه چهار مؤلفه دارد که عبارت اند از حواس پرتی، مشکلات مربوط به حافظه، اشتباهات سهوی و عدم یادآوری اسامی (۲۸). در بررسی انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۶ و ضریب اعتبار آن ۰/۵۱ گزارش شده است (۲۹). در مطالعه ای مقدماتی به منظور اعتباریابی پرسشنامه نارسایی های شناختی در ایران، این آزمون بر روی ۱۰۰ نفر اجرا شد و ضریب همسانی درونی و ضریب پایایی بازآزمایی آن (بعد از ۱ ماه) به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۷۷ به دست آمد. ضریب همبستگی این آزمون با پرسشنامه فراشناخت ۰/۴۵ و مقیاس رفتار دینی ۰/۲۱- بود. میانگین شناختی افراد مسن تر نسبت به افراد جوان به طور معنی داری بیشتر بود (۳۰).

آزمون دیداری- حرکتی بندرگشتالت دارای ۹ تصویر هندسی است که هر یک بر روی یک کارت ترسیم شده اند. در این تحقیق از آزمون بندر- گشتالت برای بررسی نارسایی های حرکتی استفاده شده است. اعتبار بازآزمایی با نظام Koppitz برحسب سن و فاصله زمانی ۲ اجرا از ۰/۵۳ تا ۰/۹۰ (با میانه ۰/۷۷) گزارش شده است. روایی با آزمون رشدی یکپارچگی دیداری- حرکتی، ۰/۶۵ گزارش شده است (۳۱). در ایران چندین تحقیق، آزمون بندر

داده‌شده به پرسشنامه‌ها و همچنین آزمون بندر گشتالت تحت تأثیر شدت بیماری این افراد نباشد. نمونه‌هایی انتخاب شدند که تا حدودی مراحل حاد بیماری آن‌ها بوسیله دارو کنترل شده بود. داده‌های جمع‌آوری شده از طریق تحلیل واریانس چند متغیره تحلیل گردید.

یافته‌ها:

از بین آزمودنی‌ها ۳۰ نفر مبتلا به اختلال افسردگی و ۳۰ نفر هم مبتلا به اختلال دو قطبی بودند که تعداد هر دو جنس در هر دو گروه آزمودنی یکسان بود. میانگین (و انحراف استاندارد) سنی افراد مبتلا به اختلال $35/0 \pm 10/6$ با دامنه ۲۰-۷۰ سال بود؛ همچنین میانگین (و انحراف استاندارد) سن افراد مبتلا به اختلال دو قطبی، $31/5 \pm 11/1$ با دامنه ۲۰-۷۰ سال بود. ۲۸ نفر (۴۷ درصد) از آزمودنی‌ها مجرد و ۳۲ نفر (۵۳ درصد) متأهل بودند. ۲۳ نفر (۳۸ درصد) دارای تحصیلات دبیرستانی، ۲۷ نفر (۴۵ درصد) دارای دیپلم، ۹ نفر (۱۵ درصد) دارای لیسانس و تنها ۱ نفر (۲ درصد) از آزمودنی‌ها دارای مدرک فوق لیسانس بودند. از نظر شغل، ۵ نفر (۸ درصد) کارمند، ۱۱ نفر (۱۸ درصد) بیکار، ۱۸ نفر (۳۰ درصد) شغل آزاد و ۳ نفر (۵ درصد) هم دانشجو بودند. البته از بین خانم‌ها هم ۲۰ نفر (۳۳ درصد) خانه‌دار بودند. از بین آزمودنی‌ها ۲۶ نفر (۴۳ درصد) سابقه بستری داشتند؛ در حالی که ۳۴ نفر (۵۷ درصد) بدون سابقه بستری به خاطر اختلال شان بودند؛ همچنین، ۱۲ نفر (۲۰ درصد) از آزمودنی‌ها سابقه بیماری جسمانی از قبیل عمل جراحی، بیماری قند و بیماری قلبی و غیره داشتند، اما ۴۸ نفر (۸۰ درصد) فاقد بیماری جسمانی بودند.

میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های نارسایی شناختی و حرکتی در بیماران افسرده بیشتر از دو قطبی بود، اما میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی بیماران دو قطبی بیشتر از بیماران افسرده می‌باشد (جدول شماره ۱).

گشتالت را با سیستم نمره‌گذاری رشدی کوپیتز واجد روایی و اعتبار مقبول گزارش نموده‌اند (۳۲).

پرسشنامه کیفیت زندگی ۲۶ ماده دارد. از میان ۲۶ ماده، ۲۴ ماده به بررسی سلامت جسمانی (۷ ماده)، سلامت روانی (۶ ماده)، روابط اجتماعی (۳ ماده) و محیط (۸ ماده). دو ماده دیگر کل کیفیت زندگی و سلامت عمومی را اندازه‌گیری می‌کند (۳۳). در پژوهشی در ایران برای هنجاریابی این پرسشنامه مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها را بالای ۰/۷۰ به دست آوردند؛ ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ را ۰/۵۵ به دست آوردند که می‌تواند به علت تعداد سؤال کم در این حیطه یا سؤالات حساس آن باشد. از طرفی در ۸۳ درصد موارد، همبستگی هر سؤال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه‌ها بالاتر بود (۳۴).

روش اجرای این پژوهش به این صورت بود که در ابتدا محقق (کارشناس ارشد روانشناس بالینی) از آموزش دانشکده برای مراجعه به بیمارستان امام حسین (ع) شهر تهران معرفی‌نامه دریافت شد. افرادی که توسط روانپزشکان بخش بیماری‌های روانی بیمارستان امام حسین (ع) تشخیص اختلال افسردگی یا اختلال دو قطبی دریافت کرده و به صورت سرپایی درمان شده بودند، شناسایی شدند. بعد از معاینه روانپزشک مربوطه آزمودنی‌های مورد نظر انتخاب شدند و بعد از انتخاب آن‌ها، هدف پژوهش برای آن‌ها توضیح داده شد تا با رضایت کامل و آگاهانه در اجرای کار پژوهشی مشارکت داشته باشند و هم اینکه اصول اخلاقی در کار پژوهشی رعایت شده باشد، سپس از آن‌ها خواسته شد که به صورت انفرادی و در اتاقی که برای پر کردن پرسشنامه و اجرای آزمون بندر فراهم شده بود؛ به سؤالات مندرج در پرسشنامه‌های پژوهش با دقت پاسخ دهند و سؤالی را تا حد امکان بی‌جواب نگذارند. آزمون بندر هم بر طبق اصول اجرای عملی آن بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد؛ همچنین لازم به ذکر است برای اینکه پاسخ‌های

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای نارسایی‌های شناختی - حرکتی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلالات افسردگی و دو قطبی

متغیر	انواع	گروه	
		افسردگی	دو قطبی
نارسایی‌های شناختی	حواس پرتی	۲۸/۱±۷/۷	۲۴/۰±۷/۸
	مشکلات حافظه	۲۲/۱±۶/۲	۱۸/۳±۶/۴
	لغزش	۲۳/۳±۵/۳	۱۹/۵±۷/۰
	فراموشی اسامی	۶/۲±۱/۸	۵/۳±۲/۰
نارسایی‌های حرکتی	کل	۷۹/۷±۱۸/۷	۶۷/۷±۲۱/۶
	سلامت جسمانی	۴/۶±۱/۷	۴/۰±۱/۶
	سلامت روان	۱۹/۱±۳/۸	۲۴/۰±۶/۵
	سلامت محیط	۱۷/۰±۴/۰	۲۱/۳±۴/۲
کیفیت زندگی	کل	۲۱/۴±۵/۹	۲۷/۷±۶/۶
		۶۱/۴±۱۱/۰	۷۸/۹±۱۴/۷

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری جهت رعایت فرض های آن، از آزمون های باکس و لون استفاده شد. براساس آزمون باکس که برای متغیرها معنی دار بوده است، شرط همگنی ماتریس های واریانس / کوواریانس به درستی رعایت شده است ($BOX=7/32, P=0/33$). بر اساس آزمون لون و عدم معنی داری آن برای متغیرهای نارسایی های شناختی ($P=0/31$)، نارسایی های حرکتی ($P=0/20$) و کیفیت زندگی ($P=0/46$)، شرط برابری واریانس های بین گروهی رعایت شده است. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیرهای نارسایی های شناختی، نارسایی های حرکتی و کیفیت زندگی معنی دار می باشد ($Eta=0/33, P=0/001, Wilks, F(3,55)=9/12$). این آزمون، قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) را مجاز

می‌شمارد. نتایج نشان داد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی دار است و میزان این تفاوت ۳۳ درصد می‌باشد؛ یعنی ۳۳ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد. همانطور که نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که میانگین نمرات نارسایی های شناختی ($F=1/58$) به طور معنی داری در افراد مبتلا به اختلال افسردگی از افراد مبتلا به اختلال دو قطبیبی بیشتر است ($P<0/001$)؛ اما بین میانگین نمرات نارسایی‌های حرکتی در بین دو گروه مبتلا به اختلالات افسردگی و دو قطبی تفاوت معنی داری به دست نیامد ($P>0/001$)؛ همچنین میانگین نمرات کیفیت زندگی ($F=26/08$) در افراد مبتلا به اختلال دو قطبی از افراد مبتلا به اختلال افسردگی بیشتر است ($P<0/001$)، جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین نارسایی های شناختی و حرکتی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلالات افسردگی و دو قطبی

متغیر وابسته	ss	df	MS	F	P
نارسایی‌های شناختی	۲۳۶۸/۸۲	۱	۲۳۶۸/۸۲	۱/۸۵	۰/۱۸۰
نارسایی‌های حرکتی	۴/۲۶۷	۱	۴/۲۶۷	۲/۸۱	۰/۰۲۵
کیفیت زندگی	۳۶۳۴/۸۲	۱	۳۶۳۴/۸۲	۲۶/۰۸	۰/۰۰۱

بحث:

هدف پژوهش حاضر، مقایسه نارسایی های شناختی و حرکتی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی و دو قطبی بوده است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که نارسایی های شناختی در افراد افسرده به‌طور معنی داری از افراد دو قطبی بیشتر است که ناهمسو با یافته های پژوهش های دیگر (۹، ۱۰) و همسو با پژوهش صادق زاده و همکاران (۲۴) می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت برخلاف اکثر پژوهش ها که کارکردهای شناختی را در بیماران افسرده مورد مطالعه قرار داده‌اند، اما ارزیابی جامع از کارکردهای شناختی بر روی بیماران دو قطبی نتایج مناسبی را نشان نداده است. بیمارانی که از افسردگی رنج می‌برند، آسیب های شناختی را در دامنه وسیعی از تکالیف نشان می‌دهند، در حالی که بیماران دو قطبی آسیب های اندکی را در بعضی از تکالیف شناختی نشان دادند. گرچه پژوهش ها روی مانیا یک دامنه وسیع از نقایص شناختی را نشان می‌دهد، اما بازنگری جامع از نارسایی‌های شناختی به‌وسیله این یافته‌ها هنوز تأیید نشده است (۱۰). مطالعات قبلی نشان می‌دهند که نارسایی شناختی پیش‌بینی کننده قوی از ناتوانی های روانی- اجتماعی در بیماران دو قطبی است (۳۵) و این باعث ایجاد وقفه در سازگاری شغلی و اجتماعی می‌شود (۲۳)؛ بنابراین از آنجایی که نارسایی های شناختی در بیماران دو قطبی شدیدتر از بیماران افسرده است، می‌تواند دلیل احتمالی برای شدیدتر بودن آسیب‌های روانی- اجتماعی کلی در بیماران دو قطبی باشد (۲۱). اینکه در پژوهش حاضر نارسایی های شناختی افراد افسرده شدیدتر از افراد دو قطبی است؛ شاید به خاطر این است که بیماران دو قطبی، در بخش‌های بیمارستان بستری شده بودند و مرحله بهنجاری از سیر بیماری‌شان را سپری می‌کردند که به وسیله دارو کنترل شده بود و اینکه بیماران دو قطبی نسبت به بیماران افسرده جوان‌تر بودند که کارکردهای شناختی آن‌ها با توجه به سن آن‌ها دچار نارسایی خفیف بود.

نتایج پژوهش نشان داد که در میانگین نمرات نارسایی های حرکتی در افراد افسرده و دو قطبی تفاوت معنی داری وجود ندارد که این فرضیه نیز همسو با یافته‌های پژوهش‌های دیگر نیست (۱۹-۱۷). پژوهش های قبلی انواع وسیعی از ابزارهای کمی و کیفی را برای فهم ارتباط بین نارسایی های حرکتی و حالت‌های بالینی و پاسخ‌های درمانی استفاده کرده‌اند. ما تفاوت معنی داری بین اختلالات افسردگی و دو قطبی در شدت اختلال حرکتی مشاهده نکردیم، گرچه ممکن است، تفاوت بین این دو اختلال در نارسایی حرکتی قابل انتظار باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت نقایص شناختی- حرکتی مرتبط با افسردگی ممکن است، ارتباط نزدیکی با نقص در کارکردهای شناختی و حرکتی داشته باشد، در حالی که نارسایی های شناختی- حرکتی مرتبط با اختلال دو قطبی به احتمال بیشتری با کژ کاری‌های عصبی- حرکتی مرتبط می‌باشد (۳۶)؛ همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران دو قطبی پایین‌تر از بیماران افسرده می‌باشد که همسو با یافته های پژوهش های دیگر است (۲، ۲۱، ۲۹، ۲۲، ۳۰). کسب نمرات پایین در کیفیت زندگی می‌تواند در بیماران دو قطبی ناشی از خصیصه ی اختلال دو قطبی باشد؛ یعنی دوره های مکرر عود بیماری که نیاز به بستری های متعدد را به همراه دارد. این بیماران طی دوره های افسردگی به علت تمایل به گوشه گیری و دوری‌گزینی از اجتماع، در ارتباطات بین فردی دچار مشکل می‌گردند. این مسئله در دوره های مانیا و هیپومانیا به‌صورت بی‌قراری و مداخلات بی‌جا در کارهای دیگران می‌تواند مشکل‌زا شود. با توجه به برجستگی که این بیماران در محیط زندگی دریافت می‌کنند، حتی در دوره های بهبودی نیز به نظر می‌رسد که عنوان بیماری بر عملکرد اجتماعی و روابط بین فردی ایشان، تأثیر نامطلوب بگذارد و یا همانطور که در پژوهش‌ها، مطرح می‌شود، رفتارهای بازداشته شده از احساسات و با دقت

زیاد بیماران یوتایمیک دو قطبی با تأثیری که بر سایر افراد و محیط می گذارد، اثری منفی بر عملکرد اجتماعی و کیفیت زندگی این بیماران دارد؛ همچنین تفاوت در کیفیت زندگی می تواند به دلیل کارکرد نابهنجار در ابعاد مختلف روانی- اجتماعی باشد که منجر به آسیب کلی در بیماران دو قطبی می شود. تفاوت های سنی و تعداد دوره های اختلالات افسردگی و دو قطبی می تواند منجر به نتایج متفاوت کیفیت زندگی در این بیماران شود. در بیماران افسرده، گرچه آسیب در ابعاد مختلف کارکردهای روانی- اجتماعی به طور کامل متفاوت نیست، اما اختلال دو قطبی به طور کلی منجر به آسیب های معنی دار در کارکردهای روانی و اجتماعی می شود؛ بنابراین ارزیابی جامع از ابعاد مختلف کارکردهای روانی- اجتماعی نسبت به ارزیابی جداگانه از هر یک از این ابعاد ضروری است.

عدم کنترل متغیرهایی مانند جنسیت، تحصیلات، علت اختلال و موقعیت های اجتماعی آزمودنی ها و پیشینه تحقیقاتی داخلی محدود از محدودیت های است که تعمیم پذیری یافته ها را با مشکل مواجه می سازد؛ همچنین در این پژوهش، دوره های بیماری، سن آغاز بیماری و اختلال همایند با اختلال دو قطبی و افسردگی کنترل نشد که این متغیرها هم می تواند تعمیم پذیری این پژوهش را با محدودیت مواجه سازد. پیشنهاد می شود این بررسی در گروه های جنسیتی و سنی مختلف انجام شود تا قابلیت تعمیم دهی نتایج بیشتر شود و نیز از ابزارهایی که جنبه دقیقی از نارسایی های شناختی و حرکتی و ابعاد مختلف کیفیت

زندگی و کارکرد روانی- اجتماعی را مورد بررسی قرار می دهند، استفاده شود؛ همچنین این متغیرها در سایر اختلالات روانی به ویژه اختلالاتی که با اختلال افسردگی و دو قطبی همایند هستند، نیز مورد بررسی قرار گیرد. بر اساس این نتایج می توان در پژوهش های آتی، نقش سایر مؤلفه های شناختی از جمله کارکرد اجرایی را در افراد مبتلا به افسردگی و دو قطبی مورد بررسی قرار داد.

نتیجه گیری:

بر اساس نتایج این پژوهش، توجه به اهمیت و نقش شناخت و بررسی نارسایی های شناختی، حرکتی و کیفیت زندگی می تواند به بهبود سلامت روان و کاهش خطاهای شناختی و بهبود کیفیت زندگی این بیماران منجر شود. در بسیاری از بررسی ها به ارتباط نارسایی های شناختی و پیامد بالینی بیماران اشاره شده و به نظر می رسد که وجود علائم شناختی احتمالاً یک عامل پیشگویی کننده قوی در پیامد بیماری و عملکرد اجتماعی بیماران است. می توان گفت نارسایی های شناختی به دلیل تداخل با فعالیت های روزمره می توانند منجر به مشکلات اساسی شوند.

تشکر و قدردانی:

از ریاست محترم، کارکنان مجموعه روانپزشکی بیمارستان امام حسین (ع) شهر تهران و کلیه مراجعانی که با همکاری آنان اجرای پژوهش امکان پذیر گردید، تشکر و قدردانی می گردد.

منابع:

1. Greer TL, Sunderajan P, Grannemann BD, Kurian BT, Trivedi MH. Does duloxetine improve cognitive function independently of its antidepressant effect in patients with major depressive disorder and subjective reports of cognitive dysfunction? *Depress Res Treat*. 2014; 2014: 627863.
2. Wagner S, Doering B, Helmreich I, Lieb K, Tadic A. A meta-analysis of executive dysfunctions in unipolar major depressive disorder without psychotic symptoms and their changes during antidepressant treatment. *Acta Psychiatr Scand*. 2012; 125(4): 281-92.
3. McClintock SM, Husain MM, Greer TL, Cullum CM. Association between depression

- severity and neurocognitive function in major depressive disorder: A review and synthesis. *Neuropsychology*. 2010; 24(1): 9-34.
4. Panza F, Frisardi V, Capurso C, D'Introno A, Colacicco AM, Imbimbo BP, et al. Late-life depression, mild cognitive impairment, and dementia: possible continuum? *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010; 18(2): 98-116.
 5. Demant KM, Almer GM, Vinberg M, Kessing LV, Miskowiak KW. Effects of cognitive remediation on cognitive dysfunction in partially or fully remitted patients with bipolar disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2013; 14: 378.
 6. Gruber S, Rathgeber K, Braunig P, Gauggel S. Stability and course of neuropsychological deficits in manic and depressed bipolar patients compared to patients with Major Depression. *J Affect Disord*. 2007; 104(1-3): 61-71.
 7. Torres IJ, Boudreau VG, Yatham LN. Neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2007(434): 17-26.
 8. Lysaker PH, Buck KD. Neurocognitive deficits as a barrier to psychosocial function in schizophrenia: effects on learning, coping, & self-concept. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2007; 45(7): 24-30.
 9. Miller WR. Psychological deficit in depression. *Psychol Bull*. 1975; 82(2): 238-60.
 10. Murphy FC, Michael A, Sahakian BJ. Emotion modulates cognitive flexibility in patients with major depression. *Psychol Med*. 2012; 42(7): 1373-82.
 11. Van der Werf-Elderling MJ, Burger H, Holthausen EA, Aleman A, Nolen WA. Cognitive functioning in patients with bipolar disorder: association with depressive symptoms and alcohol use. *PloS one*. 2010; 5(9).
 12. Sobin C, Sackeim HA. Psychomotor symptoms of depression. *Am J Psychiatry*. 1997; 154(1): 4-17.
 13. Landro NI, Stiles TC, Sletvold H. Neuropsychological function in nonpsychotic unipolar major depression. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*. 2001; 14(4): 233-40.
 14. Jordan N, Sagar HJ, Cooper JA. A component analysis of the generation and release of isometric force in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1992; 55(7): 572-6.
 15. McClure EB, Treland JE, Snow J, Schmajuk M, Dickstein DP, Towbin KE, et al. Deficits in social cognition and response flexibility in pediatric bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(9): 1644-51.
 16. Passarotti AM, Sweeney JA, Pavuluri MN. Neural correlates of response inhibition in pediatric bipolar disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Res*. 2010; 181(1): 36-43.
 17. Bowden CL. A different depression: clinical distinctions between bipolar and unipolar depression. *J Affect Disord*. 2005; 84(2-3): 117-25.
 18. Brockington BL. Motherhood and Mental Illness. UK: Oxford University Press; 1998.
 19. Sasayama D, Hori H, Teraishi T, Hattori K, Ota M, Matsuo J, et al. More severe impairment of manual dexterity in bipolar disorder compared to unipolar major depression. *J Affect Disord*. 2012; 136(3): 1047-52.
 20. NRytsala HJ, Melartin TK, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsa ET. Determinants of functional disability and social adjustment in major depressive disorder: a prospective study. *J Nerv Ment Dis*. 2006; 194(8): 570-6.
 21. Mehta S, Mittal PK, Swami MK. Psychosocial functioning in depressive patients: A comparative study between major depressive disorder and bipolar affective disorder. *Depress Res Treat*. 2014; 2014: 302741.
 22. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59(6): 530-7.
 23. Burdick KE, Goldberg JF, Harrow M. Neurocognitive dysfunction and psychosocial outcome in patients with bipolar I disorder at 15-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2010; 122(6): 499-506.
 24. Sadeghzadeh Nobar S, Ahmadi E, Babapur Kheyredin J. Comparative survey of cognitive failures in OCD and depressed patients. *Shenakht J Psych Psychiat*. 2014; 1(1): 61-70.

25. Abbasi M, Bagyan MJ, Dehghan H. Cognitive failure and alexithymia and predicting high-risk behaviors of students with learning disabilities. *Int J High Risk Behav Addict*. 2014; 3(2): e16948.
26. Dadashzadeh H, Arfaei A, Mousavikia SH, Alizadeh A. Evaluation and comparing of quality of life in patients with major depression and bipolar mood disorder in partial recovery phase with normal individuals. *Urmia Med J*. 2013; 24(5):1027-3727.
27. Toubaei SH, Hadi N, Hedayati A. Comparison of health related quality of life between bipolar patients and healthy people. *J Fundam Ment Health*. 2012; 1(53): 54-63.
28. Broadbent DE, Cooper PF, FitzGerald P, Parkes KR. The Cognitive Failures Questionnaire (CFQ) and its correlates. *Br J Clin Psychol*. 1982; 21(Pt 1): 1-16.
29. Wallace JC. Confirmatory factor analysis of the cognitive failures questionnaire: Evidence for dimensionality and construct validity. *Pers Individ Dif*. 2004; 37(2): 307-24.
30. Abolghasemi A, Kiamarsi A. Relationship between religious beliefs and meta-cognitive failure in older adults. *Adv Cogn Sci*. 2009; 11(1): 8-15.
31. Marnat, GG. Handbook of Psychological Assessment. Translated to Persian by: Pashasharifi H, Nikkhoo MR. Tehran: Sokhan pub; 2012.
32. Poursharifi H, Sobhigharamaleki N, Alizadeh R, Rakhshan F. Normalization of visual-motor Gestalt test in primary schools in Tabriz. *J Psycho Stud*. 1996; 3(1, 2): 17-35.
33. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, Group W. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*. 2004; 13(2): 299-310.
34. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Inst Public Health Res*. 2006; 4 (4): 1-12.
35. Bonnin CM, Martinez-Aran A, Torrent C, Pacchiarotti I, Rosa AR, Franco C, et al. Clinical and neurocognitive predictors of functional outcome in bipolar euthymic patients: a long-term, follow-up study. *J Affect Disord*. 2010; 121(1-2): 156-60.
36. Caligiuri MP, Ellwanger J. Motor and cognitive aspects of motor retardation in depression. *J Affect Disord*. 2000; 57(1-3): 83-93.

The study and comparison of cognitive failures, motor failures and quality of life in patients with depression and bipolar disorders

Nabidoost A^{1*}, Abolghasemi A², Pourabdol S³, Daryadel SJ²

¹Psychology Dept., AllameTabatabaie University, Tehran, I.R. Iran; ²Psychology Dept., Gilan University, Gilan, I.R. Iran; ³Student, Psychology Dept., Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, I.R. Iran.

Received: 10/Oct/2014 Accepted: 26/Feb/2015

Background and aims: Cognitive failures, motor failures and low quality of life impact patients with depression and bipolar disorders. The aim of present research was the study and comparison of cognitive failures, motor failures and quality of life in patients with depression and bipolar disorders.

Methods: This study was a casual-comparative research. The population of the study was all patients admitted to Psychiatric ward of Imam Hossein hospital in Tehran in 2013 that was recognized their depression and bipolar disorders. Among them, 60 patients (30 patients with depression disorder and 30 patients with bipolar disorder) were selected by convenience sampling. Assessment tools were including: Cognitive Failures Questionnaire (CFQ), a visual motor Bender- Gestalt test and Quality of Life Questionnaire (QLQ). Data were analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA).

Results: The results of multivariate analysis of variance (MANOVA) showed that the mean scores in patients for cognitive failures in patients with depression disorders (79.9 ± 18.7) were significantly higher than the mean scores with bipolar disorder (67.7 ± 21.6) ($P < 0.05$). However, the mean scores of motor failures among patients with depression disorder were not significantly different compared to the mean scores of bipolar disorder ($P > 0.05$). Also, mean scores for quality of life in patients with bipolar disorder (78.9 ± 14.7) were significantly higher than mean scores for patients with depression disorder (61.4 ± 11) ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the results of the present study, attention to the importance and the role of cognition with the study of cognitive failures, motor failures and low quality of life in these patients could improve mental health and decrease cognitive errors with promotion in their quality of life.

Keywords: Cognitive failures, Motor failures, Quality of life, Depression disorder, Bipolar disorder.

Cite this article as: Nabidoost A, Abolghasemi A, Pourabdol S, Daryadel SJ. The study and comparison of cognitive failures, motor failures and quality of life in patients with depression and bipolar disorders. J Shahrekord Univ Med Sci. 2015; 17(4): 1-10.

***Corresponding author:**

Psychology Dept., Allame Tabatabaie University, Tehran, I.R. Iran, Tel: 00989143582729,
E-mail: nabidoosta@yahoo.com